

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE	<b>DRQ002-O-002</b>	
	<b>CONSENSO INFORMATO USO MEZZI DI PROTEZIONE E SALVAGUARDIA</b>	Rev.00 del 01/02/16	Pag.1 di 1

OSPITE Sig./ra _____ Data di nascita _____			
Motivazione della prescrizione			Data valutazione
Il comportamento dell'Ospite rappresenta un immediato pericolo per sè e/o per gli altri (stato di incoscienza o aggressività o autolesionismo)			
Impossibilità a deambulare o mantenere la stazione eretta			
Gravi turbe dell'equilibrio con tendenza alle cadute			
Alterata valutazione e demarcazione dello spazio ambientale.			
Trasporto con barella			
Corretto allineamento posturale			
Richiesto dall'Ospite per la propria sicurezza.			
Altro			
Mezzi di Protezione Adottati	Data inizio	Data rivalutazione	Firma medico
Sponde al letto DX SX			
Fascia pelvica			
Tavolino per poltrona/carrozzina			
Materasso posizionato a terra			
Altro			

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato informato e reso partecipe da \_\_\_\_\_ sull'utilizzo dei sopraindicati mezzi di protezione

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
Dell'Ospite \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato informato circa la necessità di usare i sopraindicati mezzi di protezione

CONCORDO     NON CONCORDO con la valutazione eseguita dall'equipe.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Per conoscenza Il Direttore Sanitario

Per conoscenza Il Direttore o chi ne fa le veci

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_